

様式第6（第11関係）

先天性血液凝固因子障害治療研究事業受給者票再交付申請書

年 月 日

愛 知 県 知 事 殿

申請者 住 所  
氏 名  
電 話 郵便番号

下記のとおり受給者票を再交付してください。

記

対 象 患 者	氏 名		性別	男 ・ 女
	生 年 月 日			
	住 所			
	受療医療機関			
再 交 付 申 請 の 理 由	1 亡 失 2 き 損			

(注) 受給者票を破り又は汚した場合は、その受給者票を添付してください。